

Nombre y apellidos del paciente:

DNI:

Sus datos personales serán incorporados a un fichero de nuestra responsabilidad, con la finalidad de prestarle asistencia sanitaria, recordarle sus citas o revisiones, remitirle información sobre los servicios prestados y enviarle información comercial por cualquier medio de contacto facilitado, relativa a promociones, productos y servicios propios o de terceros, del sector de la salud y otros sectores afines. Asimismo, previa disociación de sus datos personales, se podrán elaborar estudios estadísticos. En el caso de que su asistencia así lo requiriese, sus datos podrán ser cedidos a determinados proveedores, laboratorios o centros de diagnóstico, u otros profesionales o clínicas sanitarias, así como a entidades aseguradoras que deban validar los pagos efectuados. Asimismo, sus datos podrán ser comunicados a administraciones públicas competentes en caso de que alguna normativa legal así lo exija.

En caso de que el paciente sea menor de 14 años de edad, deberá firmar el presente documento el padre, madre o tutor legal del menor. En tal caso, el firmante garantiza disponer de capacidad legal suficiente para firmar el presente documento, y exime a la Clínica Medicina Integrativa de cualquier responsabilidad derivada de una falta de dicha capacidad.

Usted tiene derecho a acceder, cancelar, rectificar y oponerse al tratamiento de sus datos a través de la dirección indicada, aportando fotocopia de su DNI o documento equivalente, y concretando el derecho que desea ejercer.

Si no desea recibir información comercial, indíquelo marcando la siguiente casilla

En Madrid a

FDO: